



# Application for Ontario Drug Benefits

Before completing this application form, read the booklet titled. *A guide to your application*. It will help you fill out each section of the form and collect the documents you need to send. It also provides answers for many questions about the Trillium Drug Program.

Complete the application form and mail it in with the documents identified in the guidebook: financial documentation, prescription drug receipts and private insurance documentation.

## Your application will be returned if:

- Any household member over 16 has not signed both sections on page 4 of the application
- Section 3 of the application, about private insurance coverage, is not completed

Send in your application as soon as possible. Applications delivered or postmarked after the deadline date are not accepted.

## 1. Contact Information

The contact person for the household completes the section below. See Section 9 in the enclosed guide for assistance.

Person 1									
Last name				First name				Middle name	
Health Number				Version	Sex	Date of birth (y/m/d)		Social Insurance Number	
					male female				
Language choice								Net Income	
English French								\$	
Home telephone number				Work telephone number				Extension	
Mailing address (street name, apartment number)									
City or town				Province				Postal code	

If the address above is a rural route, P.O. Box or General Delivery, give us your physical address.

Street name and number, lot, concession or township									
City or town				Province				Postal code	



## 2. Household Members

Please provide information about the other members of the household. See Section 10 in the enclosed guide for assistance.

The following people are included in our definition of household unit and must be included on your application, even if they do not need drug coverage:

- a spouse, common-law spouse or same-sex partner who lives with you,
- children, parents or grandparents who live with you and rely on you **or you on them** for financial support.
- children who are students, who may not live with you but rely on you for financial support.

### Person 2

Last name			First name			Middle name		
Health Number			Version	Sex	Date of birth (y/m/d)	Social Insurance Number		
				<input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/> female				
Relationship to person #1						Net Income		
						\$		

### Person 3

Last name			First name			Middle name		
Health Number			Version	Sex	Date of birth (y/m/d)	Social Insurance Number		
				<input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/> female				
Relationship to person #1						Net Income		
						\$		

### Person 4

Last name			First name			Middle name		
Health Number			Version	Sex	Date of birth (y/m/d)	Social Insurance Number		
				<input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/> female				
Relationship to person #1						Net Income		
						\$		

If there are more than four household members, list their names on a separate sheet of paper. Give us the same information as you did for the person above.

**Each Household member with an income must submit copies of the Notice of Assessment from the Canada Customs and Revenue Agency or other proof of income.** See the section titled “What documents you need” in the guide for details.



### 3. Enrollment Start Date

Choose the date you want your program year to begin. See Section 11 in the enclosed guide for assistance.

Enrolment start date (y/m/d)

**Choose carefully. You cannot change your enrolment start date once you have been enrolled in the Trillium Drug Program.**

### 4. Private Insurance Coverage

**Provide information about insurance coverage with drug benefits that the household members have. See Section 12 in the enclosed guide for assistance.**

Do you or any members of your household have private insurance coverage that includes drug benefits during the period starting August 1<sup>st</sup> (or your program start date) and ending July 31<sup>st</sup> of this Trillium Drug Program year?

☐ Yes

☐ No

**If yes, complete the rest of this page. If no, skip to the next page.**

#### Insurance Plan #1

Name of Insurance company				Annual premium paid			
Policy or plan number		Identification or certificate number		Coverage start date (y/m/d)		Coverage end date (y/m/d)	
Which household member has this plan?				Which household members are covered by this plan?			
<input type="checkbox"/> person 1	<input type="checkbox"/> person 2	<input type="checkbox"/> person 3	<input type="checkbox"/> person 4	<input type="checkbox"/> person 1	<input type="checkbox"/> person 2	<input type="checkbox"/> person 3	<input type="checkbox"/> person 4
				<input type="checkbox"/> all of them			

#### Insurance Plan #2

Name of Insurance company				Annual premium paid			
Policy or plan number		Identification or certificate number		Coverage start date (y/m/d)		Coverage end date (y/m/d)	
Which household member has this plan?				Which household members are covered by this plan?			
<input type="checkbox"/> person 1	<input type="checkbox"/> person 2	<input type="checkbox"/> person 3	<input type="checkbox"/> person 4	<input type="checkbox"/> person 1	<input type="checkbox"/> person 2	<input type="checkbox"/> person 3	<input type="checkbox"/> person 4
				<input type="checkbox"/> all of them			

If there are more than two insurance plans, write the information on a separate sheet of paper. Give us the same information as above.



## 5. Declaration

All adult household members must sign both of the areas below (1 and 2). See Section 13 in the enclosed guide for assistance.

# 1.

By signing this application, I confirm that:

- I am applying for Ontario drug benefits through the Trillium Drug Program,
- the information provided in this application is true, correct and complete to the best of your knowledge,
- the Ministry of Health and Long-Term Care or its agents may collect any information from any source to verify the information in this application,
- the address given on page 1 will be the official address to be used by the Ministry of Health and Long-Term Care for all household members listed on this application.

Person 1 Signature

Date

Person 3 Signature

Date

Person 2 Signature

Date

Person 4 Signature

Date

# 2.

I authorize the Canada Customs and Revenue Agency to release to the Ministry of Health and Long-Term Care information from my income tax returns and other taxpayer information. The information will be relevant to, and will be used solely for the purpose of determining and verifying eligibility for and for the general administration and enforcement of the Trillium Drug Program under the *Ontario Drug Benefit Act*. This authorization is valid for the taxation years beginning 1995 and each subsequent consecutive taxation year for which assistance is required.

Person 1 Signature

Date

Person 3 Signature

Date

Person 2 Signature

Date

Person 4 Signature

Date

If your household has more than four people 16 years or older, the other members must provide the date and two signatures on a separate sheet of paper.

If a member of the household is unable to sign for him/herself, another person may sign for him/her only if they have legal power of attorney. Legal documents showing power of attorney must be submitted in this case.

The Ministry of Health and Long-Term Care collects information about prescriptions to:

- help pharmacists fill their customers' prescriptions safely and effectively
- review trends, and
- ensure that health programs meet the needs of people in Ontario.

This information is collected with the legal authority of Section 13 of the *Ontario Drug Benefit Act*, R.S.O. 1990, Chap. 0.10. The information will be used to administer the Trillium Drug Program and the Ontario Drug Benefit program. For more information, write to the Director, Drug Programs Branch, Ministry of Health and Long-Term Care, 5700 Yonge Street, 3rd Floor, Toronto ON M2M 4K5 or call 1 800 268-1154. In Toronto, call (416) 314-5518.



Tous les membres adultes du ménage doivent signer les parties 1 et 2 de la présente page. Pour obtenir de l'aide, veuillez consulter la section 13 du Guide ci-joint.

## 1.

En signant la première partie de cette demande, je confirme que :

- je souhaite bénéficier des prestations du Programme de médicaments Trillium;
- tous les renseignements fournis dans cette demande sont exacts et complets, autant que je le sache;
- le ministère de la Santé et des Soins de longue durée ou ses agents peuvent recueillir des renseignements provenant de toutes sources afin de vérifier les renseignements donnés dans la présente demande;
- l'adresse figurant à la page 1 sera l'adresse officielle qui sera utilisée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour tous les membres du ménage dont le nom figure sur la présente demande.

Personne 1	Signature	Date	Personne 3	Signature	Date
Personne 2	Signature	Date	Personne 4	Signature	Date

## 2.

J'autorise l'Agence des douanes et du revenu du Canada à donner au ministère de la Santé et des Soins de longue durée des renseignements concernant ma déclaration de revenus et d'autres renseignements sur le contribuable. Ces renseignements devront permettre de déterminer et de vérifier l'admissibilité et d'administrer et d'appliquer le Programme de médicaments Trillium, en vertu de la Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario, et n'être utilisés qu'à ces fins. La présente autorisation est valide pour les années d'imposition commençant en 1995 et pour chaque année d'imposition ultérieure consecutive au titre de laquelle une aide est demandée.

Personne 1	Signature	Date	Personne 3	Signature	Date
Personne 2	Signature	Date	Personne 4	Signature	Date

Si votre ménage compte plus de quatre personnes âgées de 16 ans et plus, les autres membres doivent indiquer la date et fournir deux signatures sur une feuille de papier distincte.

Si un membre de votre ménage ne peut pas signer en son nom, une autre personne pourra le faire, uniquement si elle détient une procuration légale. Vous devrez nous fournir les documents officiels à l'appui de la procuration.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée recueille des renseignements sur les ordonnances pour :

- aider les pharmaciens à remplir de façon sûre et efficace les ordonnances;
- examiner les tendances;
- voir à ce que les programmes de santé répondent aux besoins de la population de la province.

Les présents renseignements sont recueillis en vertu de l'autorisation légale conférée par l'article 13 de la Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario, L.R.O. 1990, chapitre 0.10. Ces renseignements serviront à administrer le Programme de médicaments Trillium et le Programme de médicaments de l'Ontario. Pour de plus amples renseignements, veuillez écrire à la directrice de la Direction des programmes de médicaments, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 5700, rue Yonge, Toronto ON M2M 4K5, ou composer le 1 800 268-1154. À Toronto, composer le 416 314-5518.



3. Date du début de l'inscription au programme

Dans la case ci-dessous, inscrivez la date à laquelle vous souhaitez que vos prestations commencent. Pour obtenir de l'aide, veuillez consulter la section 1 du Guide ci-joint.

Date de début d'inscription (a/m/j)

Choisissez votre date attentivement. Vous ne pouvez pas changer votre date du début de l'inscription une fois que vous êtes inscrit(e) au Programme de médicaments Trillium.

4. Régime d'assurance privé

Veuillez fournir des renseignements sur tous les régimes d'assurance privés offrant des prestations de médicaments dont les membres du ménage sont titulaires. Pour obtenir de l'aide, veuillez consulter la section 12 du Guide ci-joint.

Avez-vous, ou un membre de votre ménage a-t-il un régime d'assurance privé couvrant les médicaments durant la période allant du 1<sup>er</sup> août (ou de la date du début de l'inscription au programme) au 31 juillet durant votre inscription au Programme de médicaments Trillium?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, remplissez le reste de la page, Si non, passez à la page suivante.

Régime d'assurance n° 1

Nom de la compagnie d'assurance

Numéro de police ou de plan

Numéro d'identification ou de certificat

Date d'entrée en vigueur de l'assurance

(a/m/j)

Qui ce régime couvre-t-il?

☐ tous les membres du ménage

☐ Personne 1 ☐ Personne 2 ☐ Personne 3 ☐ Personne 4

Régime d'assurance n° 2

Nom de la compagnie d'assurance

Numéro de police ou de plan

Numéro d'identification ou de certificat

Date d'entrée en vigueur de l'assurance

(a/m/j)

Qui ce régime couvre-t-il?

☐ tous les membres du ménage

☐ Personne 1 ☐ Personne 2 ☐ Personne 3 ☐ Personne 4

Si votre ménage a plus de deux régimes d'assurance, inscrivez leur nom sur une feuille distincte et fournissez les mêmes renseignements que pour les autres régimes d'assurance.



## 2. Autres membres du ménage

Veuillez fournir des renseignements au sujet des autres membres de votre ménage. Pour obtenir de l'aide, veuillez consulter la section 10 du Guide ci-joint.

Les personnes suivantes sont incluses dans notre définition du ménage et elles doivent figurer sur votre demande, même si elles n'ont pas besoin d'assurance-médicaments :

- un conjoint ou une conjointe, un ou une partenaire en union libre ou un ou une partenaire du même sexe qui habite avec vous;
- des enfants, des parents ou des grands-parents qui vivent avec vous et qui dépendent de vous **ou dont vous dépendez** sur le plan financier;
- des enfants qui font des études et ne vivent pas nécessairement avec vous, mais qui dépendent de vous sur le plan financier.

Personne 2	
Nom de famille	Prénom
Numéro de carte Santé	
Version	Sexe <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme
Date de naissance (a/m/j)	Numéro d'assurance sociale
Revenu net	
\$	

Personne 3	
Nom de famille	Prénom
Numéro de carte Santé	
Version	Sexe <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme
Date de naissance (a/m/j)	Numéro d'assurance sociale
Revenu net	
\$	

Personne 4	
Nom de famille	Prénom
Numéro de carte Santé	
Version	Sexe <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme
Date de naissance (a/m/j)	Numéro d'assurance sociale
Revenu net	
\$	

Si votre ménage compte plus de quatre membres, ajoutez leur nom sur une feuille distincte et fournissez les mêmes renseignements que pour les personnes 2, 3 et 4.

Tous les membres du ménage gagnant un revenu doivent soumettre une copie de l'avis de cotisation de l'Agence des douanes et du revenu du Canada ou toute autre preuve de revenu.

Consulter la partie intitulée «Documents nécessaires» du guide.

